Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. E. Seifert

Die Altersschichtung der Panaritien

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximiliansuniversität zu Würzburg

vorgelegt von

MARIE WAHL, geb. Grund
Bestallte Ärztin aus Halle (Saale)

Würzburg 1939

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg
Vorstand: Prof. Dr. E. Seifert

Die Altersschichtung der Panaritien

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Bayerischen Julius-Maximiliansuniversität zu Würzburg

vorgelegt von

MARIE WAHL, geb. Grund
Bestallte Ärztin aus Halle (Saale)

Würzburg 1939

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Berichterstatter: Prof. Dr. E. Seifert.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543524_0036

Das Panaritium ist eine der häufigsten Erkrankungen, die dem Chirurgen und praktischen Arzt in der Sprechstunde begegnen. Eine äußerst schmerzhafte Erkrankung des Fingers und der Hand ist es, die aber den ganzen Menschen krank machen kann. Die kleinste Ursache — ein Splitter, ein Nadelstich — kann tatsächlich die übelsten Folgen haben: Gebrauchsunfähigkeit der Finger, der Hand, des ganzen Armes, schließlich schwere Allgemeinerkrankung und sogar den Tod nach sich ziehen.

Diese Tatsachen geben genug Anlaß, sich mit dem Panaritium eingehend zu beschäftigen, Vorkommen und Verlauf zu beobachten und erforschen, und die besten Mittel für Verhütung und Behandlung zu finden. In dieser Richtung ist das Panaritium wiederholt von erfahrenen Ärzten in der Literatur besprochen worden. Besonders hervorheben möchte ich: R. Klapp und H. Beck mit ihrem Buch „Das Panaritium", M. zur Verth „Behandlung der Verletzungen an Fingern und Hand", Drescher, Hudacsek. Ebenso hat sich mein Lehrer, E. Seifert, verschiedentlich mit dem Vorkommen des Panaritiums befaßt. Ihm danke ich auch an dieser Stelle für die Anregung und Unterstützung zu dieser Arbeit, in der ich einen Beitrag zur Kenntnis des Panaritiums gebe.

Was Seifert unter anderem auffiel, ist die eigentümliche Altersschichtung der Panaritien. Auf seine Veranlassung hin habe ich das Krankengut der Würzburger Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik der Jahre 1922—1937 (rund 15 Jahre) in dieser Beziehung durchgesehen, um den Altersaufbau der Panaritien aufzudecken und durch kritische Würdigung bemerkenswerter Befunde möglichst ihre Erklärung zu finden.

Bei der Auswahl der Fälle habe ich mich an die Erläuterung des Begriffes „Panaritium" durch M. zur Verth gehalten: „Die eitrige Infektion an Hand und Fingern, sofern sie sich nicht an einer offenen Wunde abspielt, führt den Namen „Panaritium".

Somit gehören also dazu die in jedem Lehrbuch angeführten Formen: P. cutaneum, subcutaneum, subunguale, parunguale, cendinosum, ossale, articulare und Phlegmone — aber nicht nur an den Fingern, sondern an der ganzen Hand; denn hier sind die aus ähnlichen Ursachen entstandenen Infektionen denen der Finger durchaus gleichzustellen, wegen des gleichartigen runguale, tendinosum, ossale, articulare und Phlegmone und Sehnenscheidenphlegmone der Hand, Interdigitalabszeß. Mit M. zur Verth rechne ich dazu noch die lymphangitische Infektion, auch wenn sie am Ort der Infektion selbst keine erheblichen Entzündungserscheinungen hervor-

ruft, ihn „überschlägt". Im Vorliegenden mache ich bewußt einen Unterschied zwischen Panaritium und Phlegmone, wobei ich als Phlegmone das Panaritium mit fortschreitendem Charakter ansehe. (Zur Verth[10] dagegen nennt das Panaritium selbst bereits eine Phlegmone: „Panaritium ist eine den Fingern, der Hand und den Zehen eigentümliche Erscheinungsform der Phlegmone"). Mir erscheint eine derartige Unterscheidung jedoch möglich und hier notwendig für eine später zu erörternde Trennung der einfachen und komplizierten Fälle. — Entgegen dem „allgemeinen Brauch" (vgl. [10] S. 88) habe ich berücksichtigt bzw. dem Panaritium gleichgestellt: „Furunkel"[4] u. [10] an der Streckseite von Hand und Fingern (an der Beugeseite kann es keine geben!) — und Erysipeloid (vergl. dagegen Klapp u. Beck[4] S. 11, S. 13!). Die Entstehung beider Erkrankungen unterliegt ähnlichen bzw. gleichen Ursachen und Vorgängen wie das Panaritium; so bestand denn auch in vielen Fällen von Erysipeloid gleichzeitig ein Panaritium. —

Gonorrhoische Panaritien und Ulcus durum wurden aus naheliegenden Gründen in der Chirurgischen Klinik nicht behandelt, sie sind daher von mir nicht besprochen.

Ein einziges metastatisches Panaritium fand ich in den klinischen Krankenblättern; mehrere chronische Panaritien auf neurotrophischer Grundlage, vor allem bei Syringomyelie. —

Panaritien gibt es auch am Fuß; ich habe solche nicht mit in Betracht gezogen, da für ihr Zustandekommen und auch ihren Verlauf vorwiegend andersartige Bedingungen zugrunde liegen (allein das ständige Tragen von Schuhwerk und der völlig andere Gebrauch der Füße sprechen gegen eine Verwendung für meinen Zweck).

Bedauerlich ist bisweilen eine gewisse Ungenauigkeit in der Diagnosestellung, wie sie von nicht ausreichend gewissenhaften Ärzten geübt wird, sodaß ein genaues Auswerten solcher Aufzeichnungen unmöglich gemacht ist. — Das Ideal für derartige „wissenschaftliche Beobachtungen" wäre eben, daß man sich vornimmt: in fünf Jahren machst Du eine Arbeit über — beispielsweise — Panaritien! und man durch diese fünf Jahre hindurch jeden Fall auf die wesentlichen Fragen hin sofort und unmittelbar untersucht und genau prüft, sich so ständig entsprechende Aufzeichnungen macht. — Mit einer erheblich kleineren Zahl von Fällen könnte man schon richtigere und wertvollere Ergebnisse erzielen.

Einiges ist noch zur Kennzeichnung der Kranken, die in die Chirurgische Universitätsklinik von Würzburg kommen, notwendig: Denn nicht jeder ist zur Behandlung dort zugelassen; es sind vor allem Minderbemittelte, „Kollegen" (fast ausschließlich Medizinalpraktikanten und Volontärärzte) und Studenten. — Es kommen demnach hierher Landbevölkerung (Kleinbauern und landwirtschaftliche Ange-

stellte), Handwerker, „Arbeiter", untere Beamte und deren Familien, sowie Hausangestellte, Fürsorgezöglinge, alle Studenten, Medizinalpraktikanten, junge Ärzte, Schwestern und Klinikpersonal. — Das ist, wie ich weiter unten noch ausführe, von Bedeutung für die Verteilung der Panaritien, die ich an Hand des klinischen Krankengutes ermittele.

In den 15 Jahren von 1922—1937 wurde bei 4725 Personen die Diagnose Panaritium oder Ähnliches (s. o.!) in der Universitätsklinik gestellt. 4100 blieben in Sprechstundenbehandlung, 625 (13 %) mußten in die Klinik aufgenommen werden.

Ich erwähnte bereits, daß uns der außerordentlich verschiedene Anteil der Lebensalter an der Panaritiumerkrankung auffiel. Die Erforschung dieser merkwürdigen Tatsache gibt den Anlaß zu meiner Arbeit, und in den vorliegenden Betrachtungen mache ich den Versuch, eine Aufklärung dafür zu geben.

Von den 4725 blieb mir bei 61 Fällen (1,2 %) das Lebensalter unbekannt, ich kann sie also leider nicht mit berücksichtigen.

Die übrigen 4664 Fälle ordne ich nach ihrem Lebensalter, um sie so gegliedert zur graphischen Darstellung zu bringen. Damit nicht durch zufällige Schwankungen zu viele kleine Zacken in der Kurve entstehen, fasse ich jeweils 2 Lebensjahre zur Darstellung zusammen (1. Abb ..... Linie! In der Wagrechten sind die Lebensjahre, in der Senkrechten die Zahl der Erkrankungen für die jeweiligen Lebensjahre angegeben).

Das Ergebnis ist in der Tat ein in seinem wesentlichen Teil klares Bild. Es bringt so den Altersaufbau der Panaritien (soweit sie in unserer Klinik zur Behandlung und Begutachtung waren!) ganz absolut zum Ausdruck. — Die Linie steigt von den vereinzelten Erkrankungen in den ersten Lebensjahren ständig an, erhebt sich immer steiler zu einem stark ausgeprägten Gipfel im 21. und 22. Lebensjahr mit 372 Erkrankungen und fällt fast ebenso steil auf ein Drittel der Höhe wieder ab bis zum 35. Lebensjahr. In den nächsten 20 Jahren ist ein Zurückgehen nur undeutlich, um dann im höheren Alter in ein allmähliches Absinken auf Null überzugehen.

Diese eigenartige Form ist nicht ohne weiteres zu erklären. — Wären alle Lebensalter gleichmäßig beteiligt, so müßte es eine wagrechte Linie sein — wären sie nur ihrer Zahl entsprechend, also relativ gleichmäßig beteiligt, so müßte das Bild dem Altersaufbau der Bevölkerung ähneln.

Aber auch das ist nicht der Fall, wie Abb. 2 zeigt! (Die ..... Linie stellt wiederum die Panaritien der Würzburger Universitätsklinik, die —..—.. die Zahl der Bevölkerung von Unterfranken*)

*) Aus: „Statistik des Deutschen Reiches", Zählungen von 1925 und 1933. Durchschnittswerte beider Zählungen! Unterfranken = Mainfranken!

Abb. 1.

Altersschichtung der Panaritien
an der Würzburger Universitätsklinik u. Poliklinik.

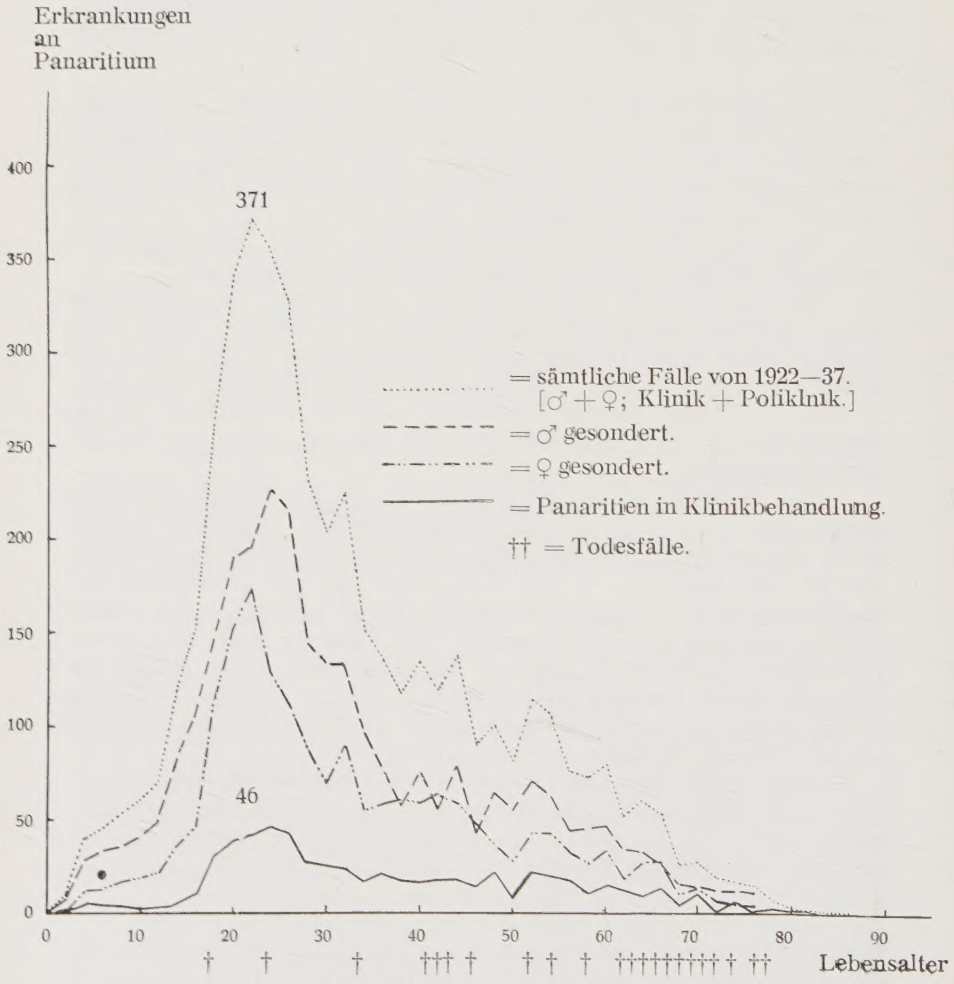


Abb. 2.

Vergleich mit dem Altersaufbau der Bevölkerung von Mainfranken.

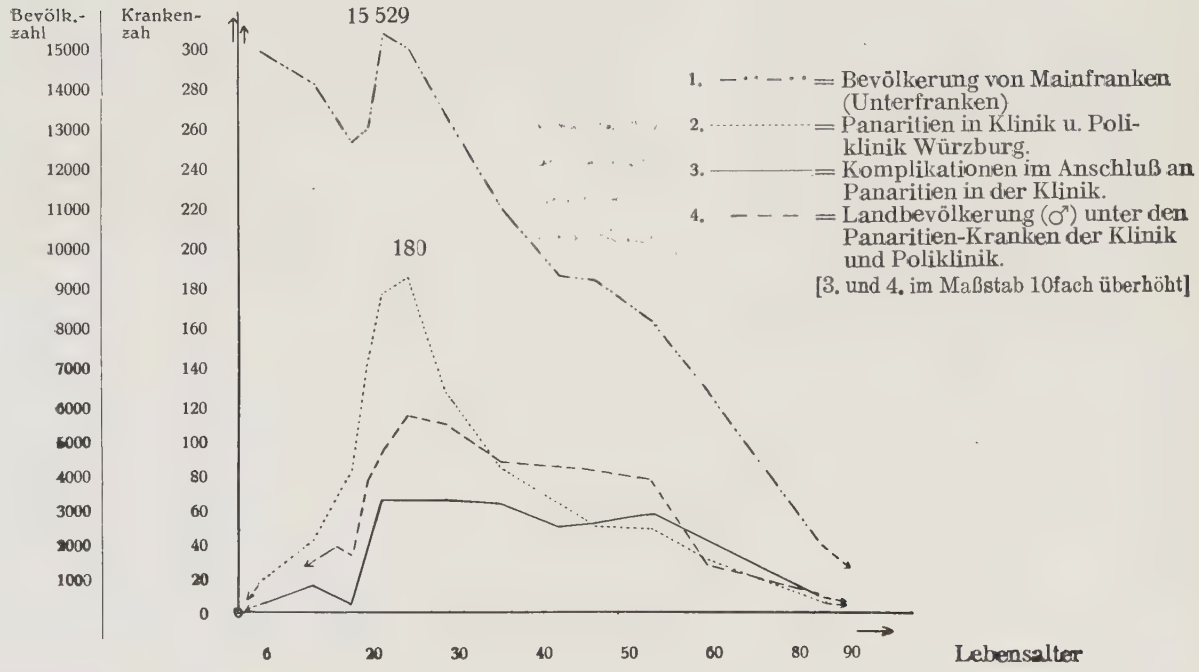
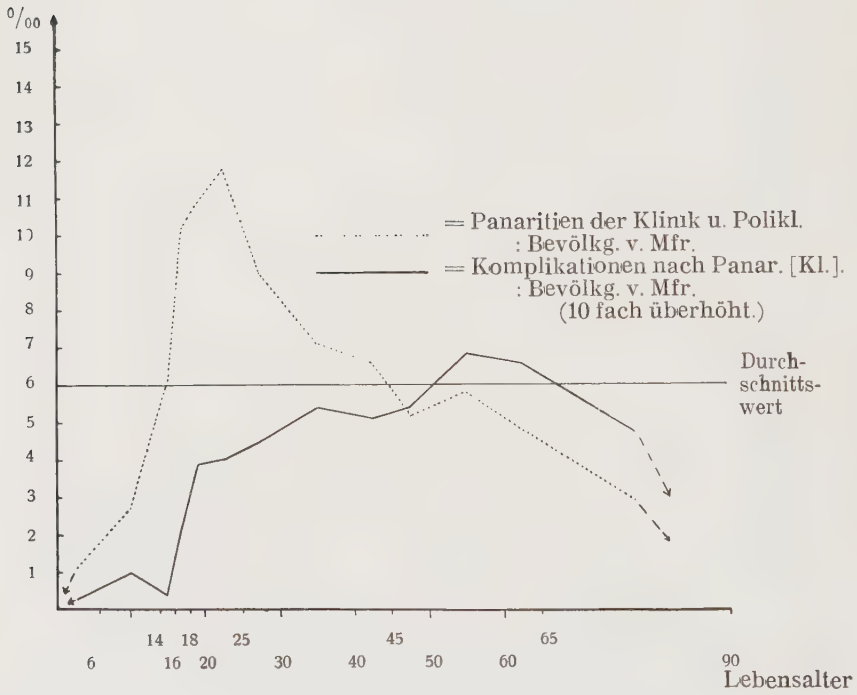


Abb. 3.

Panaritium und Bevölkerung.

Darstellung der Verhältniswerte.



dar.) Der großen Fehlerquellen wegen habe ich die Jahre noch etwas weiter zusammengefaßt, und zwar in wichtigen Altersgruppen, die besonders um das 20. Jahr herum kleiner sind als später. Das Gleiche gilt für die Bevölkerungszahlen. Selbstverständlich sind es jetzt Durchschnittswerte in jeder Altersgruppe, d. h. Werte, die dann für jedes Lebensjahr aus dieser Gruppe zutreffen; andernfalls würde ein falsches Bild entstehen, wegen der verschiedenen Größe der Gruppen. Zum besseren Vergleich ist die Panaritiumkurve im Verhältnis zur Bevölkerungsdarstellung 10-fach überhöht.

Man sieht aus dem Vergleich, daß die Gipfel beider Kurven zeitlich zusammenfallen. (Der Gipfel der Bevölkerungskurve, vor allem die starke Einsenkung davor, sind bekanntlich unnatürlich wie der ganze Altersaufbau des deutschen Volkes heute; der höchste Punkt müßte zu Beginn des 1. Lebensjahres und sehr viel höher liegen!). Danach fallen beide Linien in ähnlicher, jedoch nicht gleicher Weise ab — die Panaritien zunächst schneller, später langsamer. — Die Anfänge beider Kurven verlaufen sich gerade entgegengesetzt — Panaritien steigen von Null an - die Bevölkerung sinkt von einem Höhepunkt ab.

Für einen Erklärungsversuch sagt mir die einfache Nebeneinanderstellung dieser Linien noch nicht genug. Ich will das genaue Verhältnis beider zueinander wissen. Ich berechne also den relativen bzw. prozentualen Anteil der Panaritien in den einzelnen Jahrgängen der Bevölkerung, indem ich die Zahl der Erkrankungen zur Zahl der Bevölkerung des gleichen Lebensalters in Beziehung setze. Das Ergebnis kann ich wiederum graphisch darstellen.

Und nun erhalte ich das aufschlußreichste Bild, das mir schon eher eine Deutung erlaubt (Abb. 3, ... Linie! In der Wagrechten das Alter, in der Senkrechten Erkrankungen auf das 100 der betreff. Altersgruppe der Bevölkerung $^0/_{00}$-Angaben!). Wenn nämlich der verhältnismäßige Anteil in jedem Alter derselbe wäre, so müßte es eine wagrechte, gerade Linie in Höhe der durchschnittlichen Erkrankungsziffer ergeben. Diese ist hier 0,6 % in den 15 Jahren, bezogen auf Mainfranken. (Nach Prinzing — laut [10] — werden von 1000 Personen in jedem Jahr durchschnittlich 3 -7 von einem Panaritium heimgesucht — das wäre 7—18 mal soviel als in unsere Klinik kamen.) Und trotzdem bekomme ich wieder eine Kurve mit einem deutlichen Gipfel bei 20—25 Jahren — und außerdem einem neuen, kleineren Gipfel bei 50 -60 Jahren! Daß auch der zweite eine Bedeutung haben muß, werde ich weiter unten erläutern. Jedenfalls ist er erst zum Vorschein gekommen, nachdem ich die Zahl der überhaupt lebenden mainfränkischen Menschen in Betracht gezogen habe. —

Ehe ich mir diese eigenartige Verteilung zu erklären suche, muß ich wieder daran denken, daß nicht jeder, der in Mainfranken ein Panaritium hat, hier bei uns zur Behandlung kommt. Viele bleiben sowieso „unbehandelt", weil es tatsächlich geringfügige Fälle sind — oder weil sie einen ärztlichen Eingriff nicht für nötig halten. Es ist

„nicht so schlimm", daß sie zum Arzt gehen müßten, es leuchtet ihnen vorher nicht ein oder ist ihnen gleichgültig, daß ihre Hand verknüppeln wird, wenn sie den „bösen Finger" Gott und der Zukunft überlassen. Hinterher mögen sie das bereuen. — Eine geringe Zahl der Panaritien wird in ambulanter Behandlung durch die praktischen Ärzte bzw. in anderen Kliniken geheilt. — Die wenigsten praktischen Ärzte nehmen ein ausgesprochenes Panaritium selbst in Angriff. — Was zu uns kam, ist ein Teil eines oben (s. S. 6!) näher umrissen Ausschnittes der Bevölkerung. Er umfaßt jedoch gerade die Berufe, die infolge überwiegender Handarbeit am meisten Fingerverletzungen und Infektionen ausgesetzt sind — und damit auch die Schichten, in denen allgemeine Körperhygiene nicht so ausgeprägt und überhaupt durchführbar zu sein pflegt, wie sie in anderen üblich ist. — Wer nun nicht kam, kann ich nur vermuten, also nicht mit in Rechnung setzen. Doch vielleicht das Eine: Ältere Menschen gehen ungern zum Arzt und entschließen sich erst unter zwingenden Umständen dazu, für einige Zeit womöglich ein Krankenhaus aufzusuchen — lieber nehmen sie einige schlimme Folgen in Kauf; sodaß man die Zahl der in höherem Alter Erkrankten vielleicht etwas größer annehmen dürfte (womit sich auch der 2. Gipfel der besprochenen Kurve in Abb. 3 nur erhöhen würde).

Fast sämtliche Panaritien entstehen durch äußere Ursachen. Einen einzigen Fall fand ich, der metastalisch (Pyämie) zustande gekommen sein soll. Für endogene Entstehung habe ich sonst keine Anhaltspunkte entdecken können. Nur die begünstigenden Umstände für das Zustandekommen eines Panaritiums liegen im Menschen selbst — wie etwa herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Körpers durch Krankheit (Diabetes, Anämie ...) oder hohes Alter, bereits früher überstandene Gewebsschäden und neurotrophische Störungen *) oder schließlich die Haltung (Charakter) des Menschen denkbar sind.

Die Gründe für die Entstehung eines Panaritiums können demnach liegen in:

a) Berufs- und Beschäftigungsart,
b) Grad der persönlichen Sicherheit in Beruf und anderer Beschäftigung,
c) Empfänglichkeit (Disposition) an sich; (s. o.!),
d) Einstellung zu Verletzungen (Leichtsinn — Vorsicht, Gleichgültigkeit — Sauberkeit, „Heldenmut" im Schmerzenertragen u.a.m.).

---

*) Die Zahl der mit Syringomyelie Behafteten, die in Stationsbehandlung waren, beträgt 4 unter 625 Fällen. (In der Poliklinik sind außerdem etwa doppelt so viele verzeichnet — jedoch möchte ich sie nicht näher anführen, wegen der dort häufig als fraglich gekennzeichneten Diagnose). Außerdem 2 Fälle, wo Nervenverletzung (einmal Kriegsverwundung u. einmal Berufsverletzung am Unterarm) Gefühllosigkeit und trophische Störungen (Verkrüppelung) an Finger u. Hand zur Folge hatte.

Mit diesen hier in Frage kommenden Beziehungen versuche ich nun, das verschieden häufige Auftreteten der Panartien zu erklären.

Der Säugling ist zu Beginn seines Lebens nicht der Gefahr, ein Panaritium zu bekommen, ausgesetzt. Er liegt friedlich in seinem Bett und benutzt seine Finger höchstens, um sie in den Mund zu stecken und daran zu lutschen. Dies geschieht wohl nie so energisch, daß die zarten Finger darunter leiden, wie z. B. die Hände einer Waschfrau durch ständige Wassereinwirkung geschädigt werden.

Mit dem erwachenden Unternehmungsgeist, alles Erreichbare zu ergreifen und mit den Dingen zu spielen, zeigen sich die ersten Panaritien im Alter von 10 Monaten (5 Fälle hier); immerhin, trotz der leichten Verletzlichkeit der kindlichen Haut, eigentlich noch selten.

Von da an werden es immer mehr, die Zahl wächst mit der zunehmenden Beschäftigung — gröbere Spiele und Anteil an der Arbeit der Eltern, besonders in der Landwirtschaft, mögen die Ursachen sein. —

Nach Beendigung der Schulzeit beginnen die jungen Menschen mit ihrer Berufsausbildung als Lehrlinge, Hausgehilfinnen oder suchen sich direkt einen Erwerb in Fabriken usw. In jedem Fall sind sie noch „Lehrlinge", d. h. sie müssen ihren Beruf erst erlernen. Die Unkenntnis und die Unsicherheit in dem für sie völlig neuen Betätigungsfeld bringen es mit sich, daß die Zahl der Panaritien unerhört ansteigt. Hierzu vgl. in [5]!) Am meisten sind in dem plötzlichen Anstieg diejenigen betroffen, die von der Schule weg in den ihnen nicht vertrauten Beruf gehen: als Arbeiter, Handwerker, HHausangestellte. — Bei der Landjugend prägt sich dieser Anstieg nicht so unvermittelt und scharf aus — sie verwächst schon von der Kindheit an mit ihren späteren Aufgaben, indem sie langsam immer mehr zur Mitarbeit im Hof und auf dem Feld herangezogen wird. (Hierzu vgl. in [6]). Und mit diesem Immermehr steigt die Zahl der Panaritien auch beträchtlich — aber nicht in plötzlich emporschnellender Art, sondern nur den Gefahren des Berufes entsprechend, wie der weitere Verlauf der Kurve zeigt. (In Abb. 2 zeichne ich den Altersaufbau der männlichen Landjugend gesondert — ----- Linie, 10fach überhöht; dieser ist noch in anderer Beziehung beachtlich, darüber s. S. 16.) Jedoch müßte gerade dieser Unterschied zwischen Lehrlingen, Gesellen einerseits und Landjugend andererseits noch größer sein, wenn lediglich der Beruf als Einfluß wirksam wäre. Es muß da also noch etwas, das allen dieses Alters gemeinsam ist, von Bedeutung sein. —

Man könnte doch den Hauptgipfel der Erkrankungen um die Zeit des Überganges in den künftigen Beruf, etwa um das 15./16. Lebensjahr erwarten. Warum liegt er nun soviel später, erst hinter dem 20. Lebensjahr? Bei beiden Geschlechtern liegt er später (vgl. Abb. 1)!

Zur Frage, wieweit diese also verhältnismäßig späte Zeit für die Höchstziffern der Panaritiumerkrankungen doch mit dem Beruf zusammenhängt: Dem Lehrling wird ja nicht gleich alle und jede Arbeit, die vorkommt, aufgetragen; sehr oft ist er nur Handlanger für seinen Meister oder die Gesellen, darf ihnen Wege besorgen, das Bier holen usw. Erst wenn er Geselle, kräftiger und *älter* geworden ist, muß er auf einmal alle Aufgaben erfüllen, die der Beruf fordert. Aber die Übung fehlt noch immer, die Unerfahrenheit ist fast die gleiche, und dazu besteht der jugendliche Leichtsinn unvermindert oder erst recht. Zur Vorsicht zwingt ihn wenig. Es macht ihm nicht viel aus, wenn er sich mal etwas tut; er hat für niemanden zu sorgen und findet es womöglich interessant und bequem, einen schlimmen Finger zu haben, sich schonen zu dürfen. — Die letzten Erwägungen treffen sicher auch für die Landjugend zu. — *Solange* der junge Mensch fast ausschließlich *lernt* (etwa vom 15. bis über das 20. Jahr hinaus), steigt also die Kurve der Panaritien äußerst steil an bis zu dem beschriebenen Höhepunkt, und erst nach erworbenem Können und Bedacht fällt sie wieder ab.

Dies alles mag den wesentlichen Ausschlag geben; doch möchte ich nicht behaupten, daß es nicht noch andere wichtige Gründe gibt. — Im übrigen müssen es auch durchaus nicht immer Berufsverletzungen sein, die das Panaritium verursachen — denn: 8 Stunden Arbeitszeit — und mindestens 6 Stunden Freizeit! — Andererseits sind die Fälle, wo *ohne* Tätigkeit überhaupt eine Wunde als Voraussetzung für ein dann entstehendes Panaritium gesetzt wird, unvergleichlich seltener (z. B. Mückenstich).

An einer besonderen Bereitschaft des Körpers in diesem Alter könnte die große Häufigkeit der Panaritien von 15—25 Jahren noch liegen. Aber: in diesem Alter gerade zeigt der Körper noch eine besondere Widerstandskraft, vor allem gegen eitrige Infektionen. (Kirschner zeigt dies in „Die Abhängigkeit der Widerstandskraft vom Lebensalter“ [3], er nennt es ein „biologisches Gesetz“!) — Ob und wieweit die hiervon eine Ausnahme bildende Tuberculose (Gipfel im 2. Jahrzehnt) einen Widerspruch zu dieser biologischen Tatsache gibt — oder ob es auch bei ihr, ähnlich wie beim Panaritium, eine Frage der äußeren Gefährdung ist, vgl. Seifert [9]!).

Nun sind die vielen Erkrankungen an Panaritium in diesen Lebensjahren vorwiegend leichter Natur und heilen häufiger gut, sprechen also für die gesunde Abwehr des Körpers. Die Komplikationen häufen sich dagegen im Alter. Die Darstellung eines Auszuges der *Komplikationen* aus den klinischen Krankengeschichten soll dies veranschaulichen (vgl. Abb. 2 u. 3 —— Linien beide zum bessern Vergleich 10-fach überhöht!). Als solche Komplikationen sehe ich an: *Phlegmone* (ausgenommen „Interdigitalphlegmone“), *Sehnenscheidenphlegmone, lymphangitische* und *metastatische Abszesse* und *Phlegmonen, Sepsis, Wund-*

scharlach und Erysipel im Anschluß an ein Panaritium (insgesamt 302 von 625 Fällen).

Man sieht zunächst: Dieser Kurve (Abb. 2!) fehlt ein ausgesprochener Gipfel bei 20 Jahren, dort erreicht sie nur ihre Haupthöhe, auf der sie nun weiter verläuft, zum 5. Jahrzehnt ein wenig absinkt, um nochmals anzusteigen und dann langsamer abzufallen als die Kurve sämtlicher Panaritien es tut. Setze ich nun diese Zahlen ins Verhältnis zur Bevölkerungsmenge (wie oben, s. S. 8!), so bekomme ich ein ganz eindeutiges Bild (Abb. 3): Der Höhepunkt liegt überhaupt im 6. Jahrzehnt! Bis dahin ein fast gleichmäßiges Ansteigen der Komplikationen — das wohl der abnehmenden Widerstandskraft des alternden Körpers gegen eingedrungene Keime entspricht. Das Abfallen nach diesem späten Höhepunkt erkläre ich damit, daß die Leute sich an ihrem Lebensabend immer mehr von aller Tätigkeit zurückziehen, und somit die Gefahr einer Verletzung und Infektion überhaupt zurücktritt. — Ähnlich spricht schon die graphische Darstellung der zur Klinikaufnahme gekommenen Fälle (Abb. 1 blaue Linie): flacher Gipfel im 3. Jahrzehnt, darnach sehr langsames Abfallen — vgl. dagegen die Darstellung sämtlicher Panaritien! — Auch die Todesfälle häufen sich erst im Alter (vgl. Todeszeichen † in Abb. 1).

Auf eine größere oder geringere Empfänglichkeit für Panaritien schlechthin in den einzelnen Lebensaltern möchte ich allerdings daraus nicht schließen, denn ich habe ja nur von den Komplikationen gesprochen; wenn auch Vieles dafür spricht, daß die Empfänglichkeit in der Jugend geringer ist. Der Häufigkeitsgipfel dort wäre trotzdem sehr hoch und ist eben deswegen verwunderlich. — Der „Verlauf" ist in der Jugend sicher harmloser, darum seltener Behandlung in einer Universitätsklinik. Der Gipfel der Kurve aller Panaritien in der Jugend ist also wahrscheinlich noch viel größer als in unserer Klinik! (Ich habe somit Grund anzunehmen, daß beide Gipfel, der Jugend- und der Altersgipfel — vgl. S. 12 — ausgesprochener sind, als sich an den hier behandelten Fällen feststellen läßt). —

Ich kehre zu dem Höhepunkt des Altersaufbaus der Panaritien zurück. Aus Abb. 3 ist zu ersehen, daß der Abfall der Ziffern nach dem 22. Lebensjahr nicht so plötzlich ist, wie es auf Abb. 1 den Anschein hat, — denn nach der Abb. 1 allein betrachtet müßte ich mir ein großes Fragezeichen hinter meine Erklärungsversuche machen, da es ausgeschlossen ist, daß Meisterschaft und Einsicht so schnell sich einstellen, wie es hier aussieht. Die Darstellung der Verhältnisse in dem andern Bild machen mir meine Vermutungen jedoch wahrscheinlich: Die Werte bleiben auch nach dem Gipfel noch lange Zeit — bis etwa zum 45. Lebensjahr — ein gut Teil über dem Durchschnitt; — es ist die Hauptschaffenszeit der Männer und Frauen, wo sie über dem Durchschnitt liegen. Wo viel mit Händen gearbeitet wird, besteht doch immer die Möglichkeit, sich ein Panaritium zu erwerben — auch bei bereits vorhandener

Sicherheit und Vorsicht. Diese kommen immerhin im Niedrigerwerden der Zahlen zum Ausdruck. — Bei der Landbevölkerung bleibt die Häufigkeit der Panaritien längere Zeit groß (vgl. Abb. 2, ------ Linie!). Ich sehe darin ein Zeichen dafür, daß die unberechenbaren Berufsgefahren in der Landwirtschaft besonders zahlreich sind, unabhängig vom Können der Beteiligten (Strohhalme, hartes Heu, Dorne, ständiger Umgang mit Vieh und Dung u. a. m.). Von dem Zeitpunkt an, wo der Bauer mehr und mehr die Arbeit seinen Kindern überläßt — etwa nach dem 60. Jahr — sinken die Panaritiumzahlen auf „normale" Werte ab.

Der weitere Verlauf ist weniger interessant. Der zweite kleine Gipfel der Panaritien in Abb. 3 hat noch eine besondere Bedeutung: er entspricht dem Hauptgipfel der Komplikationen auf demselben Bild. Diese Unterbrechung im stetigen Fällen der Zahlen bedeutet also eine vermehrte Komplikationsgefahr im fortgeschrittenen Alter, während diese kurz davor (vgl. beide Linien der Abb. 3!) im 5. Jahrzehnt noch eine Weile zurückgehalten hat (über eine entsprechende Erscheinung bei Krebsoperationen vgl. [6]! — Siehe auch Klapp und Beck[1]: schlechtere Heilungstendenz der Sehnenscheidungsphlegmone ab 5.—6. Dezennium!). —

Auffallend ist nun weiter (Abb. 1!), wie viel mehr Männer mit einem Panaritium zur Behandlung kommen als Frauen. Der Einwand, daß vielleicht die Männer aus äußeren Gründen eher in ärztliche Behandlung gehen, wird diesem großen Unterschied nicht standhalten. Das Verhältnis ist im Ganzen 2801 ♂ zu 1863 ♀, Quotient gleich 1,5; unter den Klinikaufnahmen sogar noch größer: 405 ♂ : 220 ♀, Quotient gleich 1,81 (also fast doppelt soviel Männer wie Frauen, obwohl der Durchschnitt der Bevölkerung einen Frauenüberschuß aufweist!). Das Verhältnis, das Hudlacsek[2] für Budapest feststellt, ist gerade umgekehrt: 2354 ♂ : 3666 ♀!

Im Sinne überwiegender Gefährdung der Männer (unseres Krankengutes!) spricht, daß sie bei ihrer meist gröberen Arbeit sich weit häufiger ein Panaritium zuziehen können als die Frauen. Die männliche Arbeitshand ist noch rauher, rissiger und auch oft „schmutziger" von der Arbeit; eine kleine Wunde bleibt daher leichter unbemerkt, wird verunreinigt, weiter viel bewegt statt geschont und kann nicht heilen. Dasselbe findet sich sogar schon bei den Knaben und Mädchen ausgeprägt; Jungen haben derbere Spiele als Mädchen, sie haben eher dreckige Hände, die das Entstehen einer Infektion von Schrunden und Blasen begünstigen. Hinzukommt, daß Mädchen und Frauen kleinere Verletzungen ihrer vielleicht zarteren Haut eher beachten und auch selbst zu behandeln verstehen, als das bei Männern üblich ist. Wie oft habe ich in der Anamnese vermerkt gefunden: „seine Frau zog den Splitter heraus", „machte Umschläge", oder „sie behandelte sich selbst mit Umschlägen", „mit ausgeglühter Nadel", auch Zwiebeln, Hasenfett usw. – womit ich jedem eigenen Behandlungsversuch nicht grundsätzlich den Erfolg absprechen will, weil

er in den angeführten Fällen offenbar versagt hat. So und so oft geht es eben gut. —

Daß der Gipfel der männlichen Panaritien tatsächlich um 3 Jahre später liegt als der der weiblichen, hat einen besonderen Grund. Er wird so spät zum Gipfel erst durch die Studenten, besonders Medizinstudierende und junge Ärzte (die begreiflicherweise in unserem Krankengut sehr zahlreich sind), also fast ausschließlich Männern im Alter von 20—28 Jahren. Es sind 303 Studentinnen und junge Ärzte gegenüber 21 Studentinnen und Ärztinnen vertreten. Uns Ärzten geht es ja leider so, daß wir erst dann mit unserer „Lehrlingszeit" beginnen, wenn andere längst ihren Beruf voll ausüben und ihr Brot verdienen.

Es liegt nahe, das große, ergiebige Zahlengut (von 4725 Fällen!), was mir zur Verfügung stand, noch etwas weiter als bloß hinsichtlich des Lebensalters auszuwerten. Dazu haben mich, abgesehen von dieser mir gestellten Hauptaufgabe, noch andere Daten und Zusammenhänge angeregt. Den wesentlichen Teil meiner diesbezüglichen Betrachtungen will ich hier wiedergeben.

Besonderheiten weisen vor allem die Berufe*) der an Panaritium Erkrankten auf.

Der Anteil der einzelnen Berufsgruppen an den Panaritien ist naturgemäß sehr unterschiedlich.

Er hängt hauptsächlich von zweierlei ab:

a) Zahl der in einem Beruf Beschäftigten,

b) Gefahren des Berufes —

soweit die Verletzung und Infektion in dem Beruf und nicht anderweitig entstanden sind. Weniger Ausschlag gibt dabei die Körperverfassung (Konstitution), die vorwiegend in den Berufen vertreten ist: Schneider anders als Schlosser (schwächlich, zart — kräftig).

Aber die beiden anderen Faktoren sind wichtig bei der Betrachtung der folgenden Zusammenstellung.

---

*) Vgl. 4, 5 u. 10!

Beteiligung der Berufe an den Panaritien.

Universitätsklinik und -Poliklinik Würzburg. 1922—1937.

	Zahlenangaben			Prozentangaben		
	zusamm.	♂	♀	zusamm.	♂	♀
1. **Landwirtschaftl.** Berufe (Landwirte, Taglöhner, Gärtner)	681	423	258	**14,4**	8,9	5,5
2. Berufe, die mit lebenden, kranken oder toten **Organismen** zu tun haben	**448**	339	109	**9,5**		
a) Ärzte	59	57	2	4,4 { 1,2		
b) stund. u. cand. med.	151	135	16	3,2	2,9	0,34
c) Krankenpfleger einschl. Bader u. Frieseure = 9 zusammen)	105	16	89	**2,2**		1,9
d) Präparatoren	33	33	—	0,7		
e) Metzger	90 (99)*	90	(9)	**1,9**		
f) Melker	10	8	2	0,2		
3. Berufe, die vorwiegend mit **chemisch** wirkenden Substanzen zu tun haben	**193**	180	13	**4,1**		
a) Tüncher, Maler, Bäcker Brauer, Müller, Photographen	132 (140)	132	(8)	**2,8**		
b) Köche, Küchenpersonal	35	31	4	0,7		
c) Studierende der Chemie u. Pharmazie	17	17	—	0,4		
d) Laborantinnen	9	—	9	0,2		
4. Berufe, die mit **Metall** zu schaffen haben	**434**	434	—	**9,2**		
a) **Schlosser**, Schmiede (4:1!)	198	198	—	**4,2**		
b) Spengler, Monteure	86	86	—	1,8		
c) übrige, einschl. besonders Heizern, Maschinisten, Chauffeure.	150	150	—	3,2		
5. Berufe, die mit **Holz** zu tun haben (Schreiner, Zimmerer, Bildhauer, Korbmacher . . .)	176 (182)	176	(6)	**3,7**		
6. Berufe, die mit **Stein** und **Erde** zu tun haben. (Maurer, Stein- und Bauarbeiter)	106	106	—	2,2		

	Zahlenangaben			Prozentangaben		
	zusamm.	♂	♀	zusamm.	♂	♀
7. Berufe, die mit Leder zu tun haben. (Schuhmacher)	57	57	—	1,2		
8. übrige **Handwerker** (vor allem **Glaser**)	21	21 (11)	—	0,44 0,25		
9. Schneider, Näherinnen	59 (68)	35	24 (+9)	**1,2**		
10. **Arbeiter,** Arbeiterinnen	390	318	72	**8,3**	6,8	1,5
11. **Hauswirtschaftliche** Berufe	**1064**	—	1064	**22,6**		
a) Hausfrauen	545	—	545	**11,6**		
b) Hausangestellte u. Zugeherinnnen	411	—	411	8,7		
c) unverheiratete Frauen „ohne Beruf"	102	—	102	2,2		
d) Wäscherinnnen, Büglerinnnen	6	—	6	0,1		
12. **Gastwirtschaftliche** Berufe (Wirte, Kellner, Wirtsfrauen und -töchter)	41	16	25	0,9		
13. **Gewerbe** (Kaufm. Lehrl.)	114 (146)	93	21 (+32)	2,4 (3,1)	2,0	0,4 (1,1)
14. Büroangestellte, Reisende	36	30	6	0,8		
15. **Beamte**	52	52	—	1,1		
16. **Studenten** (außer med. u. chem.)	97	94	3	2,1	2,0	0,06
17. **Schüler** 6. 15 Jahre	400	275	125	**8,5**	5,8	2,6
18. **Kinder** bis 6 Jahre	95	68	27	2,0	1,4	0,6
19. übrige Berufe, nicht einzuteilen	80	58?	2?	1,7		
20. „ohne Beruf" einschl. geistl. Stand (Nonnen u. Mönche)	181	81	100	3,8		
Insgesamt	4725			(100)		

*) In Klammern Frauen oder Töchter, die an anderer Stelle gezählt sind, aber als solche an den Beruf im allgemeinen teilnehmen.

Zu diesen Zahlen habe ich nicht viel hinzuzufügen; um auftauchende Fragen zu beantworten, müßte man auch einiges genauer wissen.

Jedenfalls fällt auf:

Berufe, die weniger in Handwerk bestehen, sind weniger vertreten, wie Beamte, Büroangestellte; obwohl es deren sicher zahlreiche gibt, die in die Poliklinik kommen würden. — Man sollte meinen, an den Studenten wäre dies besonders gut zu beobachten, da ihr Arzt eben immer die Universitätsklinik ist, also alle hierherkommen. 36,6 % der wegen Panaritium behandelten Studenten sind „Geistesarbeiter" — Philologen, Theologen, Juristen; die übrigen 63,4 % sind Mediziner, Zahnmediziner, Chemiker, Pharmazeuten. Da nun der Anteil der Medizinstudierenden allein in Würzburg immer über 50 % war, so ist die Zahl der „Geistesarbeiter" nicht auffällig gering — sie ist sogar recht hoch! Dabei ist zu bedenken, daß Studenten häufig alles andere als ihr Studium betreiben, auch Sport in ausgedehntem Maß; also alle doch mehr oder weniger ähnlichen „Bedingungen" unterliegen.

Gewiß sehr wesentliche Gründe zeigt aber noch folgende Überlegung auf: Sogenannte „bürgerliche Sauberkeit" — wie häufiges Händewaschen u. dgl. — hilft einen sicher vorhandenen Unterschied in der Gefährdung der Studierenden verwischen, im Gegensatz zu anderen Berufen, wo die Reinlichkeit weniger alltäglicher Begriff ist. Zudem versteht auch der jüngste Mediziner (und wohl auch Chemiker) mehr von Hygiene und Antisepsis, als sonst jemand; und „Chemiker" arbeiten viel mit an sich antiseptisch wirkenden Substanzen. Hier wird also einer Infektion von vornherein besser vorgebeugt. — Vielleicht ist der verhältnismäßig geringere Anteil insbesondere der Medizinstudierenden ein schöner Beweis für die gute Wirkung geeigneter Vorbeugungsmaßnahmen.

Sehr stark beteiligt sind ausgesprochene Handarbeiter. Vor allem Schlosser und Schmiede (Schlosser 3—4 mal so viel), sie haben die „Spitzenleistung" an Panaritien für einen so eng gefaßten Beruf mit 4,2 %! Metallsplitter, Quetschungen, Hammerschlag, — das harte Metall setzt besonders leicht Verletzungen, andererseits sind die Hände stark beansprucht. Auch sonstige „Metallarbeiter", und Schreiner, Schuhmacher, Tüncher sind verhältnismäßig reichlich vertreten, ebenso Schneider (Nadelstiche!).

Den größten Prozentsatz erreicht die Landbevölkerung [noch größer ist dieser bei den Krankenhausaufnahmen für sich betrachtet mit 31 % (♂ + ♀); von 423 Landwirten und -arbeitern sind 139 in Klinikbehandlung, also ein Drittel — sonst sind es knapp $^1/_8$, die auf Station behandelt werden]. Dies wird zum guten Teil am Beruf (ich wies S. 16 auf die Gefahren hin) liegen — zum anderen auch an der geistigen Einstellung der hiesigen Landbevölkerung, die eine kleine Verletzung nicht so ernst nimmt, so daß sie häufiger als andere zu spät zum Arzt geht (eine Beobachtung

über diese Einstellung bei einer anderen Erkrankung, dem Mastdarmkrebs, siehe in [7]).

Hausgehilfinnen und Zugeherinnen gibt es auch in Fülle; es ist einer der Hauptberufe junger Mädchen, die zur Poliklinik kommen. Trotzdem ist 8,7 % eine stattliche Zahl! Der Beruf der Hausfrau und Hausgehilfin birgt unzählige Panaritiumgefahren in sich, angefangen vom Bodenscheuern (Splitter, Schmutz!) zum Fleisch- und Gemüseputzen, Geschirrspülen, Nähen und Waschen. Alles, auch die schmutzigste Arbeit, erledigt sie mit derselben Hand - und wenn sie sich verletzt und infiziert hat, löst sie niemand ab, sie muß weiterschaffen, bis es „nicht mehr geht". (Nach Feststellungen von Seifert u. Markert [5] haben Hausgehilfinnen und Hausfrauen in den Jahren 1910—1919 den absolut höchsten Anteil mit 18 % und 20 % — Landbevölkerung nur 10 %. Ist der Unterschied zu meiner Beobachtung vielleicht durch die dazwischenliegenden Kriegsjahre bedingt, wo die Männer andere Verletzungen hatten als gerade Panaritien und die Frauen viele ungewohnte Arbeit übernahmen?!)

Solche mit dem Hauptberuf „Wäscherin" finde ich kaum vertreten (3 im ganzen; dazu 3 Büglerinnen, die mit dem Waschen selbst nichts mehr zu tun haben). Klapp und Beck [4] schreiben nämlich: Wäscherinnen (und Küchenpersonal) sind disponiert zu Panaritien (für Küchenpersonal ermittle ich 0,7 % — auch nicht ausnehmend viel). Wenn man davon absieht, daß die Berufsbezeichnung häufig nicht die in Wirklichkeit ausgeübte Tätigkeit kennzeichnend trifft, und daß vor allem in dem oben angeführten Hausfrauenberuf Waschen und Küchendienst zunächst inbegriffen ist, so kann man aus meinen Erhebungen von nur drei „Wäscherinnen" unter annähernd 5000 Pararitiumkranken dennoch gewiß keine Schlüsse im Sinne einer Disposition ziehen. Ich sehe an sich überhaupt keinen Grund für eine besondere Disposition in diesem Beruf, wenigstens nicht mehr in heutiger Zeit, wo die mechanische Bearbeitung, das Rumpeln der Wäsche dank anderer Hilfsmittel (Maschinen und „selbsttätige" Seifen) weitgehend überflüssig geworden ist. Somit bleibt nur die heiße Waschlauge selbst als schädigender Einfluß, der sich mehr als Hautkrankheit (Ekzem u. a.) äußert.

Ärzte (Medizinalpraktikanten) und Medizinstudenten sind im ganzen verhältnismäßig häufig ergriffen — sie kommen ja auch alle hierher, gehen nicht anderenorts in Behandlung. Und zwar kommen sie oft sehr bald nach eingetretener Infektion, daher fast immer gute Heilung (vgl. S. 23). Es sind doppelt so viele wie Krankenpflegepersonal, dessen es hier weniger gibt, und das es oft vorzieht, sich erst einmal selbst zu kurieren, um dann mitunter recht „spät" zur Poliklinik zu kommen.

Metzger stehen ständig in der Gefahr, sich beim Umgang mit Fleisch eine Infektion kleiner Wunden zuzuziehen. Ihr Anteil ist somit beachtlich.

Beim Auswählen der Fälle aus den Krankenbüchern fiel mir auf, wie im Herbst eines jeden Jahres sehr viel mehr Panaritien bei den verzeichneten Kranken zu finden waren als in anderer Jahreszeit, besonders im Sommer (obwohl die Gesamtkrankenzahl der Poliklinik gerade im Sommer — Mai bis Juli — am höchsten ist![5])

Die Häufigkeit der Panaritien ist demnach nicht in jedem Monat gleich. Jedes Jahr wiederholt sich dasselbe Spiel (vgl. Abb. 4, —..—.. Linie — 15-jähriger Durchschnitt). Die monatliche Frequenz, die Seifert und Markert nach dem Besuch in den Jahren 1910—1919 feststellten, ist damit nochmals bestätigt. (Ähnlich sprechen auch die kleinen Zahlenangaben bei Drescher 1936.) Es finden sich bei mir sogar dieselben Zacken in den Sommermonaten, nur noch etwas ausgeprägter. Wie diese Zacken zustande kommen, ist nicht einfach zu sagen. Sie sind aus der Summe vieler kleiner Abweichungen der Kurven von den verschiedenen Berufen untereinander entstanden. Die Kurve sieht für jede große Berufsgruppe wieder etwas anders aus und zeigt sich in den einzelnen Monaten weniger sprunghaft, weist also meist nur eine Sommerzacke auf. Gänzlich abweichend ist nur die der Metzger und lohnt der Beachtung (Abb. 5, ... Linie), sie hat ihre Spitze im Juli (heißester Monat — Fleischbeschaffenheit?). Sie würde im übrigen durch Weglassen der Fälle mit Erysipeloid, wozu Metzger ja disponiert sind, kaum verändert werden! Bei den Schumachern ist es ähnlich, sie haben ebenfalls einen Juligipfel! Sonst ist etwas Entsprechendes bei keinem Berufe zu finden! Die Landleute haben einen Frühjahrsgipfel von gleicher Höhe des Herbstgipfels. Die Studenten lassen an ihrer Kurve die Semesterferien (Abwesenheit von Würzburg) erkennen. — Jedenfalls ist überall ein Herbstgipfel deutlich ausgeprägt[5].

Einige Zahlen will ich noch angeben, die ich nebenbei errechnet habe:

Die Sterblichkeitsziffer (Letalität) für Panaritien betrug: 3,5 % (22 Tote auf 625 Erkrankungen in Klinikbehandlung); wenn ich annähme, daß von den in ambulanter Behandlung Gebliebenen niemand gestorben und deshalb nicht mehr erschienen ist — so könnte ich die Totenzahl auf die Gesamtkrankenzahl beziehen: dann wären es nur 0,5 %. — Trotzdem ist die Zahl ziemlich hoch, und eigentlich sollte das Panaritium nicht so oft Todesursache sein. Zur Verth[10] sagt: An Panaritium sterben beinahe ebensoviele Menschen wie an Appendizitis! Bei Drescher[1] finden sich folgende Angaben (alle betreffend Sehnenscheidenpanaritien)

Drescher „Mortalität" 1:107 =	0,93 %
Keppler u. Klapp	3,1 bzw. 5 %
zur Verth	3,3 %
Hudacsek (Budapest)	0,7 %

Abb. 4.

Monatliche Panaritium-Krankenziffern
im 15jährigen Durchschnitt.

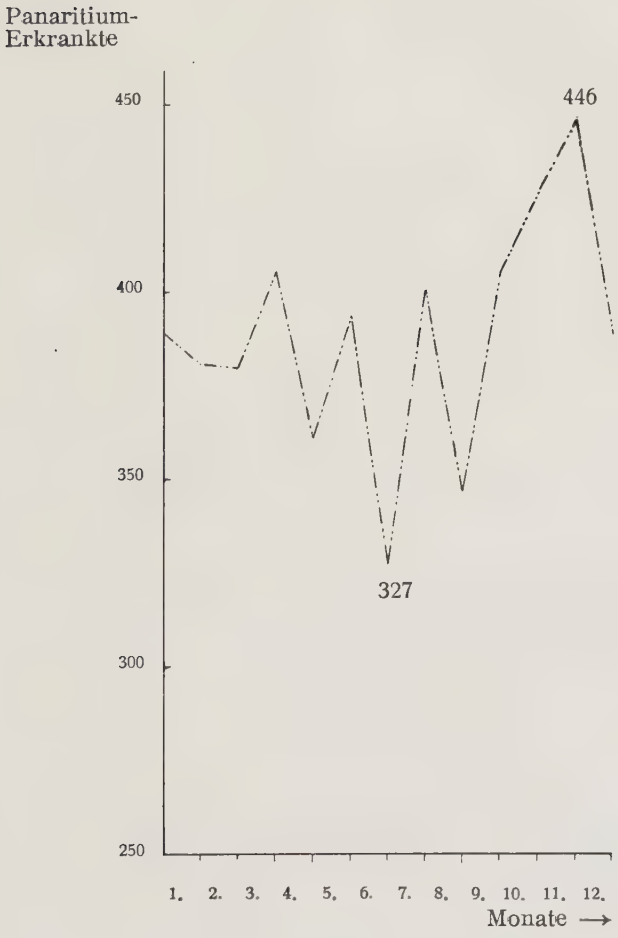
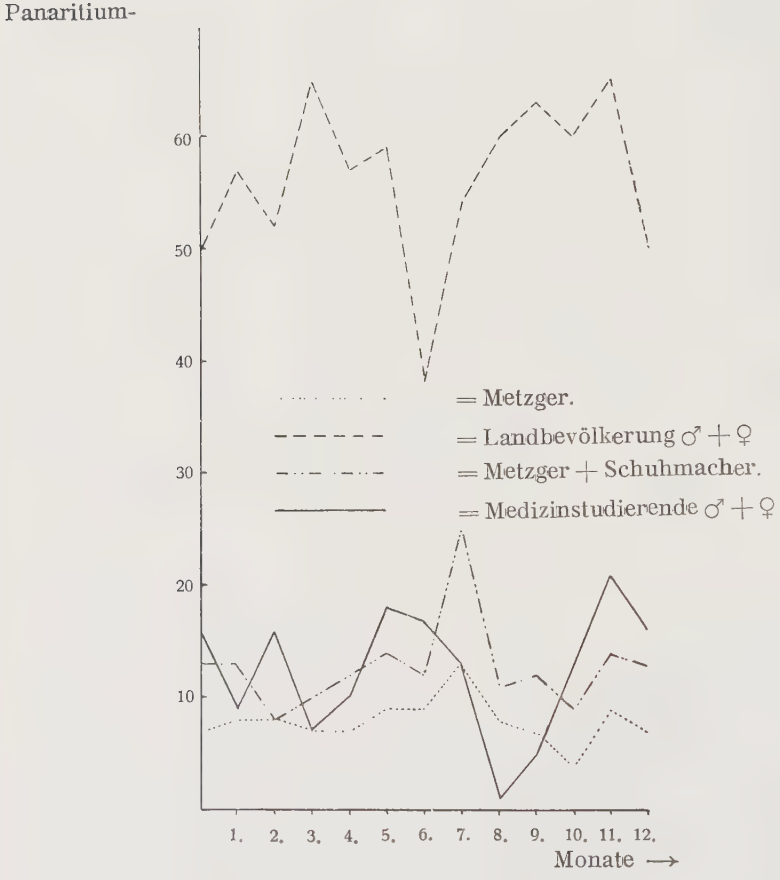


Abb. 5.

Monatliche Panaritium-Krankenziffern in einzelnen Berufsgruppen [in 15jährigem Durchschnitt].



Bei uns handelt es sich dabei meist um Menschen, die in hoffnungslosem Zustand hier eingeliefert wurden und fast ausschließlich ältere oder anderweitig kranke (Diabetes, Herzinsuffizienz . . .) Menschen. Aber auch einige junge Leben wurden dahingerafft, wo die ärztliche Kunst nicht mehr helfen konnte.

Beteiligung der Finger und Hände: (nach klinischen Krankengeschichten = 625 Fälle; bei 1 Fall ist Lokalisation nicht aus den Aufzeichnungen zu ersehen).

	rechts	links	unbek.	zus.	Gesamtwerte
Daumen	68	62	5	135	
Zeigefinger	65	50	1	116	
Mittelfinger	48	42	—	90	Finger:
Ringfinger	32	27	1	59	476
Kleinfinger	28	19	—	48	
mehrere zugleich			28	28	
Handrücken	22	9	—	31	
Hohlhand	20	30	6	56	Hand:
Hand — unbekannt ob Hohlhand oder Rücken	29	26	6	61	148
	312	265	47		624

Also dreimal so oft ging die Erkrankung vom Finger als von der Hand aus. Am häufigsten ist der Daumen — am seltensten der Kleinfinger ergriffen. Infektionen der Hohlhand sind offenbar links häufiger — sonst ist immer die rechte Hand bevorzugt.

ZUSAMMENFASSUNG.

1. Die größte Häufigkeit der Panaritien im Alter von 20—25 Jahren hat ihre Gründe in den Besonderheiten der Berufsausbildung und in der geistig-seelischen Wesensart dieses Alters.

2. Die Neigung zu Komplikationen wird mit steigendem Alter größer. Die vermutliche Ursache ist unter Ausschluß anderer Möglichkeiten in der biologischen Erscheinung zu suchen, daß die Widerstandsfähigkeit mit höherem Alter abnimmt (Kirschner).

3. Der Anteil an der Panaritium-Erkrankung nach Berufen abgegrenzt ist bei Handarbeitern am stärksten, insbesondere bei Schlos-

sern (Höchstzahl!) und anderen „Handwerkern", landwirtschaftlich Tätigen und Hausangestellten. Verschwindend gering ist er dagegen bei weniger mit der Faust und mehr geistig Arbeitenden wie Büroangestellten, Beamten. — Die Zahl der Mediziner unter den Studenten ist erfreulich gering und steht wahrscheinlich nicht nur mit „bürgerlicher" Sauberkeit, sondern auch mit einer ärztlichen Kenntnis der Infektionsgefahr im Zusammenhang.

4. Meine Erhebungen aus den Jahren 1922—1937 bestätigen eine Beobachtung von Seifert u. Markert (1910 -1919) in der hiesigen Klinik: einen auffallenden Herbstgipfel der Erkrankungsziffern in jedem Jahr. Auch diesmal war es nicht möglich, die eigenartigen Ursachen hierfür zu finden. Desgleichen muß ich eine stichhaltige Erklärung der Merkwürdigkeit bei den Metzgern: Juligipfel! offenlassen.

Die Arbeit wurde abgeschlossen
Würzburg im Julmond 1937

SCHRIFTTUMSNACHWEIS

zu

„Die Altersschichtung der Panaritien".

1. Drescher: Über Endausgänge der Sehnenscheidenphlegmone. Arch. klin. Chir. 1936, 185, S. 504.
2. Hudacsek (Budapest): Beiträge zur Kenntnis der Knochen- und Gelenkpanaritien und Sehnenscheidenphlegmonen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1935.
3. Kirschner: Die Abhängigkeit der Widerstandskraft vom Lebensalter. Zentr. f. Chir. 1927, 1—18, S. 1026.
4. Klapp u. Beck: Das Panaritium. Verl. S. Hirzel, Leipz. 1923.
5. Seifert: Über das Vorkommen von Panaritien. Arch. d. Chir. 1925, 23, S. 242 (Arch. o. Chir.).
6. Seifert: Krebsoperationen und Operationssterblichkeit. Arch. klin. Chir. 1936, 188, S. 224.
7. Seifert: Zur Frühdiagnose des Mastdarmkrebses. M. M. W. 1936, S. 1159
8. Seifert und Gräbner: Untersuchungen über die Entstehungsbedingungen des landwirtschaftlichen Betriebsunfalls. Arch. d. Chir. 1936, 37, S. 27 (Arch. o. Chir.).
9. Seifert: Beobachtungen an zweieinhalbtausend tuberkulösen Halslymphomen. Bruns' Beitr. 1937.
10. Zur Verth: Behandlung der Verletzungen und Eiterungen an Fingern und Hand. Verl. J. Springer, Berlin, 1936, 2. Aufl.

LEBENSLAUF.

Am 8. 10. 1913 wurde ich in Halle (Saale) geboren als Tochter des Universitätsprofessors Georg Grund und seiner Frau Friederike geb. Stahl. Von 1920—23 besuchte ich die Grundschule, von 1923—1927 das Städt. Lyzeum I, von 1927—33 die Städt. Studienanstalt (realgymn. Richtung) in Halle, wo ich Ostern 1933 die Reifeprüfung ablegte. Ich studierte Medizin in Marburg, Halle und Würzburg. Herbst 1935 bestand ich die ärztliche Vorprüfung in Halle. Im Mai 1939 bestand ich die ärztliche Staatsprüfung in Würzburg.

Seit Frühjahr 1936 bin ich verheiratet mit Dr. med. Heinz Wahl. Wir haben seither 2 Söhne und 1 Tochter.

Herrn Prof. Seifert danke ich für die Überlassung der Arbeit und für seine Unterstützung bei ihrer Durchführung.

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 31
Spezialdruckerei für wissenschaftliche Werke und Dissertationen